



# MEMBRE PARENT

## ADHÉSION ANNUELLE

### Qui est le membre parent?

Tout parent dont un des enfants a un handicap ou une difficulté quelconque et qui a ou a déjà eu recours à nos services et qui se conforme aux normes d'admission établies par résolution du conseil d'administration peut devenir membre parent de l'association s'il en fait la demande et que l'équipe de l'APED lui accorde ce statut. Les membres parents ont le droit de participer à toutes les activités de l'association, de recevoir les avis de convocations aux assemblées des membres, d'assister à ces assemblées et d'y voter. Ils sont éligibles au titre de personne administratrice de l'association.

*(extrait des règlements généraux de l'APED)*

**Cotisation familiale : 30 \$** (renouvelable le 1<sup>er</sup> avril de chaque année)

- Libellez un chèque au nom de APED et retournez le tout à l'adresse ci-haut par la poste
- Effectuez un virement bancaire à l'aide de l'adresse courriel : [administration@aped.org](mailto:administration@aped.org) et mot de passe : **Aped1050**

**Choisir :**       Je désire devenir membre       Je désire renouveler mon adhésion  
                          Je désire réactiver mon adhésion (ancien membre de plus d'un an)

PARENT/TUTEUR	CONJOINT (E) (S'IL Y A LIEU)
<b>Pour des fins de statistiques, ces informations nous sont demandées par nos bailleurs de fonds</b>	
Prénom/Nom :	Prénom/Nom :
Lien avec l'enfant :	Lien avec l'enfant :
Pays d'origine :	Pays d'origine :
Langue usuelle :	Langue usuelle :
Date de naissance :	Date de naissance :
Maison :	Maison :
Cell/Travail :	Cell/Travail :
Courriel :	Courriel :
<input type="radio"/> Parent payeur (pour fins d'impôts)	<input type="radio"/> Parent payeur (pour fins d'impôts)
NAS :	NAS :
Adresse :	Ville : C.P.:



# MEMBRE PARENT

## ADHÉSION ANNUELLE

1 <sup>ER</sup> ENFANT EN DIFFICULTÉ			2 <sup>E</sup> ENFANT COCHEZ SI L'ENFANT PRÉSENTE UNE DIFFICULTÉ <input type="checkbox"/>		
Prénom/Nom :			Prénom/Nom :		
Sexe : <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Date de naissance :	(jour-mois-année)	Sexe : <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Date de naissance :	(jour-mois-année)
Langue usuelle :			Langue usuelle :		
Pays d'origine :			Pays d'origine :		
L'enfant vit avec : <input type="checkbox"/> Ses 2 parents <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Garde partagée <input type="checkbox"/> Autre			L'enfant vit avec : <input type="checkbox"/> Ses 2 parents <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Garde partagée <input type="checkbox"/> Autre		
Diagnostic :			Diagnostic (s'il y a lieu) :		
3 <sup>E</sup> ENFANT COCHEZ SI L'ENFANT PRÉSENTE UNE DIFFICULTÉ <input type="checkbox"/>			4 <sup>E</sup> ENFANT COCHEZ SI L'ENFANT PRÉSENTE UNE DIFFICULTÉ <input type="checkbox"/>		
Prénom/Nom :			Prénom/Nom :		
Sexe : <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Date de naissance :	(jour-mois-année)	Sexe : <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Date de naissance :	(jour-mois-année)
Langue usuelle :			Langue usuelle :		
Pays d'origine :			Pays d'origine :		
L'enfant vit avec : <input type="checkbox"/> Ses 2 parents <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Garde partagée <input type="checkbox"/> Autre			L'enfant vit avec : <input type="checkbox"/> Ses 2 parents <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Garde partagée <input type="checkbox"/> Autre		
Diagnostic (s'il y a lieu) :			Diagnostic (s'il y a lieu) :		

Par souci écologique, nous procédons à l'envoi de notre documentation par courriel  
@courriel de préférence: \_\_\_\_\_

Si vous préférez obtenir les documents par la poste, veuillez cocher cette case



# MEMBRE PARENT

## ADHÉSION ANNUELLE

### AUTORISATION PHOTOS

En tant que membre, **j'autorise l'APED** à prendre des photos de mon enfant pour des souvenirs ou des publications dans le calendrier d'activités, site web et autres documentations.

J'accepte  Je refuse

### DON

Afin de maintenir et d'améliorer les services offerts aux parents et aux jeunes, je désire soutenir davantage l'APED en faisant un don au montant de : \_\_\_\_\_ \$ (reçu d'impôts pour dons de 20\$ et plus).

Nom auquel le reçu sera effectué : \_\_\_\_\_.

### IMPLICATION

Je désire m'impliquer comme bénévole  Oui  Non

Quelles sont vos habiletés et intérêts?

---

---

---

Comment avez-vous connu l'APED ?

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Déjà membre                        | <input type="checkbox"/> CSSS : Lequel ? _____    |
| <input type="checkbox"/> Par un autre membre                | <input type="checkbox"/> Hôpital : Lequel ? _____ |
| <input type="checkbox"/> Internet / Site web                | <input type="checkbox"/> Organisme : Lequel _____ |
| <input type="checkbox"/> Médias (journal, télévision, etc.) | <input type="checkbox"/> Autres : _____           |

Politique de confidentialité : L'APED préserve l'anonymat de ses membres et garde confidentiel tous les renseignements personnels. Pour tout partage ou échange d'informations avec un tiers, une autorisation du membre est préalablement exigée.

**MERCI DE VOTRE CONFIANCE !**

#### RÉSERVÉ À L'ADMINISTRATION

Montant : \_\_\_\_\_ \$ Date du paiement : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  Argent  Interac  Chèque # \_\_\_\_\_

Adhésion : \_\_\_\_\_ \$ Don : \_\_\_\_\_ \$ Autre : \_\_\_\_\_ \$ Précisez : \_\_\_\_\_

Paiement reçu par : \_\_\_\_\_ Remis à : \_\_\_\_\_

Note : \_\_\_\_\_